



Entbindung der Schweigepflicht

Name des Kindes	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Erziehungsberechtigte	
Telefon/ E-Mail	

Ich bin/wir sind damit einverstanden,
 dass Herr/Frau _____
 Daten, Berichte und Unterlagen über mein/unser Kind zur Verfügung
 gestellt bekommt bzw. sich besprechen und austauschen darf.

Die Schweigepflichtenentbindung bezieht sich auf:

Name und Anschrift	
Arzt	
Therapeuten	
Kindergarten	

Die MitarbeiterInnen sind verpflichtet, die Information vertraulich zu behandeln.

 Ort, Datum

 Unterschrift d. Erziehungsberechtigten